

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 3 juin 1896, à 1 heure

PAR

MICHEL MOUTRIER

Né à Mamer (Luxembourg), le 7 février 1869.

—†—

CHANCRE TUBERCULEUX DE LA VERGE

Président : M. FOURNIER.

Juges : MM. { LANDOUZY, professeur.
WIDAL, GILLES DE LA TOURETTE, agrégés

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical.*

PARIS

PAUL DELMAR

29, Rue des Boulangers, 29

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

306

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 3 juin 1896, à 1 heure

PAR

MICHEL MOUTRIER

Né à Mamer (Luxembourg), le 7 février 1869.



CHANCRE TUBERCULEUX DE LA VERGE

Président : M. FOURNIER.

Juges : MM. { LANDOUZY, professeur.
WIDAL, GILLES DE LA TOURETTE, agrégés

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical.*

PARIS

PAUL DELMAR

29, Rue des Boulangers, 29

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Histoire naturelle médicale.	N.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBENE.
Clinique médicale.	STRAUS.
	G. SÉE.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Maladie des enfants.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et sy- philitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique des malad. des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.
MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM. ACHARD	MM. GAUCHER	MM. MARIE	MM. SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MENETRIER	THIERRY
ANDRÉ	GILLE DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER	TUFFIER
BONNAIRE	GLEYS	POIRIER, chef	VARNIER.
BROCA	HARTMANN	des travaux	WALTHER
CHANTEMESSE	HEIM	anatomiques	WEISS
CHARRIN.	LEJARS	RETERER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET.	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR FOURNIER

Professeur de la Faculté de Médecine,

Officier de la Légion d'honneur,

Membre de l'Académie de Médecine,

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A M. LE DOCTEUR ASTIER

PRÉFACE.

L'idée de ce travail nous fut donnée par notre cher maître, M. le Professeur Fournier, dans une de ces admirables leçons cliniques, que fait ce maître tous les mardis à l'hôpital Saint-Louis. A une de ces leçons, il présenta un malade extrêmement intéressant, porteur d'une ulcération chancriforme à la verge, que tout le monde, à en juger par l'aspect, aurait pris pour une affection syphilitique. A cette occasion, M. le professeur Fournier nous dit, que cette affection était encore très peu connue et qu'il n'y avait pas encore de travail d'ensemble à ce sujet, et à notre demande il a bien voulu nous confier ce sujet de thèse. Nous lui en sommes d'autant plus reconnaissant que, pendant tout notre travail, il nous a dirigé par ses conseils éclairés, et nous le remercions vivement du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Au moment de finir nos études nous ne remplissons que notre devoir, en nous rappelant avec reconnaissance l'enseignement précieux que nous ont donné nos maîtres des hôpitaux. M. le

professeur Tillaux, à l'Hôtel-Dieu et à la Pitié, M. le professeur agrégé Lejars, à la Pitié, et M. le docteur Merklen, à l'hôpital Saint-Antoine, qui, avec une grande bonté et une grande expérience de praticien, nous a appris les notions de médecine interne, si difficile pour le commençant.

Une bien vive reconnaissance nous lie également à notre excellent maître et ami, M. le docteur Astier, qui, avec une rare patience et un grand savoir, nous a initié aux maladies du larynx, du nez et des oreilles. Nous exprimons également nos meilleurs remerciements à M. le docteur Gastou, chef de clinique de M. le professeur Fournier, qui met son savoir avec tant de désintéressement au service des malades et des élèves, et nous lui sommes particulièrement reconnaissant pour l'observation inédite qu'il a bien voulu nous communiquer.



INTRODUCTION.

Nous avons fait les recherches les plus consciencieuses pour trouver toutes les observations qui ont été publiées sur cette affection en France et à l'étranger. A ce point de vue, notre travail sera peut-être intéressant, car nous n'avons pu trouver nulle part un travail d'ensemble sur cette question. Nous l'avons divisé en deux parties ; d'une part, les observations de tuberculose pénienne chez l'adulte et d'autre part, la tuberculose du prépuce chez les enfants à la suite de la circoncision, si intéressante en ce qu'elle permet de retrouver la voie d'entrée du bacille.

En intitulant notre sujet « Chancere tuberculeux de la verge », nous avons voulu rappeler la grande ressemblance qu'il présente avec le chancre syphilitique et ensuite nous tâcherons de rechercher s'il ne présente pas quelque analogie avec lui au point de vue de son origine et dans ce travail, l'étiologie de cette affection a été pour nous un des chapitres les plus intéressants ; car pour les symptômes, l'anatomie pathologique, le traitement, l'ulcération tuberculeuse de la verge ressemble beaucoup aux ulcérations tuberculeuses

en général. Comme l'ulcération tuberculeuse de la verge est très souvent secondaire à une tuberculose génito-urinaire, nous avons été amené à nous occuper pour l'étiologie également de cette dernière affection.

Jusqu'au commencement de notre siècle, on croyait que la tuberculose n'occupait qu'un seul organe, le poumon.

Bayle annonça pour la première fois en 1803, que la tuberculose n'envahit pas seulement les poumons, mais beaucoup d'autres organes glanduleux, entre autres, les différentes parties du système génito-urinaire.

Louis, en 1825, mentionne la tuberculose des organes génitaux de la femme.

Reynaud, en 1831, relate deux cas de tuberculose des organes génitaux de la femme.

Lisfranc, dans sa clinique chirurgicale en 1842, mentionne et décrit des ulcérations scrofuleuses du col de l'utérus.

Civiale, en 1850, dans son *Traité des maladies des organes génito-urinaires*, fait encore la confusion entre les différentes affections du testicule, tout en relatant quelques cas de tuberculisation de cet organe, mentionnés par les auteurs.

Dufour en 1854 fait avancer d'un pas la connaissance des affections tuberculeuses des organes

génito-urinaires, mais pour lui comme pour les auteurs précités, la tuberculisation des organes génito-urinaires n'est qu'une dépendance de la diathèse tuberculeuse, même quand elle est bornée au début aux testicules et pour eux, le traitement n'en saurait jamais être que palliatif.

Cruveilhier en 1856, dans son *Traité d'anatomie-pathologique*, démontra pour la première fois l'indépendance de la tuberculose pulmonaire et de la tuberculisation génito-urinaire.

En 1869, Salleron publia dans les *Arch. gen. de médecine*, un mémoire où il dit en parlant de la tuberculose génito-urinaire : « Ce sont des diathèses locales sans aucune tendance à la généralisation.

En arrivant au chancre tuberculeux nous voyons que son histoire est toute moderne. Il semble que Ricord ait pensé à cette affection, mais nulle part dans ses ouvrages il ne l'indique nettement.

Ce fut Soloveitschnick le premier qui publia en 1870, l'observation d'un cultivateur atteint d'ulcérations tuberculeuses du gland, ulcérations qui semblaient être secondaires à une tuberculose déjà avancée de tout l'appareil sexuel.

En juin 1874, Hillairé présenta à la Société médicale des hôpitaux de Paris, un malade atteint d'une ulcération au niveau du méat urinaire ;

cette ulcération tout en présentant beaucoup de caractères, d'une ulcération tuberculeuse n'avait tout de même pas un caractère absolument déterminé, car Lallier et Lancereaux la déclaraient une tuberculose pénienne, tandis que Vidal et Hardy en faisaient un chancre et Hillaire un carcinome.

Garin, interne de M. Horand, publie dans le *Lyon Médical* de 1876, une observation de tuberculose pénienne ; son malade atteint d'orchite avec suintement uréthral et ulcérations multiples du gland, prises pour du chancre simple, meurt profondément cachectique, à l'autopsie on trouve le canal de l'urèthre parsemé de petites ulcérations analogues à celles du gland, et dont la nature tuberculeuse ne fait aucun doute.

En 1878, Looten publia dans sa thèse d'agrégation un cas de lupus du gland qui lui avait été communiqué par le Dr A. Fournier de sa clientèle privée.

Lindmann, dans la *D. méd. Wochenschrift* de 1883, rapporte deux cas très intéressants de tuberculose préputiale, observés chez des enfants qui avaient été circoncis par un homme tuberculeux.

Vetlesen en 1884, publia dans le *Norsk Magazin for Laengevid* un cas d'ulcération tuberculeuse du

méat urinaire qu'il considérait comme unique dans la littérature médicale.

En 1886, Lehmann relate dans la *Deutsche Méd. Wochenschrift*, dix cas de tuberculose inoculée du prépuce à la suite de la circoncision et qu'il avait eu l'occasion d'observer en Pologne.

La même année Elsenberg dans la *Berl. klin. Woch.* 1886, et Hofmockl dans *Wiener. méd. Presse*, publièrent chacun un cas de tuberculose inoculée du prépuce et l'examen microscopique de l'ulcère avait permis de constater la présence des bacilles de Koch dans le pus.

Un cas analogue fut publié par Meyer dans la *New Yorker méd. Presse* de 1887.

En 1887. M. Michaut présente à la société anatomique de Paris, un malade atteint d'ulcération tuberculeuse du gland avec noyau dur, qui fut pris d'abord pour un chancre syphilitique.

Loewenstein de Koenigsberg soutenait en 1889 une thèse à cette faculté sur la tuberculose inoculée du prépuce, et citait trois cas nouveaux avec examen histologique et bactériologique à l'appui.

La même année, Clauss, dans une thèse de Fribourg, inspirée par Kraaske, relate en tout, trois cas de tuberculose pénienne, qui lui étaient connus, et parmi ces trois, un cas inédit d'un

malade dont il avait recueilli l'observation dans le service du professeur Kraaske.

En 1891, M. Kraaske publiait dans les *Beitraege z. pathol. anatomie* un cas très intéressant d'ulcération tuberculeuse de la verge.

L'année suivante M. Ssalistscheff relatait un nouveau cas de tuberculose pénienne chez l'adulte et en donne une description très détaillée avec examen microscopique.

En 1893, M. Barbet dans une thèse de Lyon intitulée la tuberculose de la verge, rapporte un certain nombre d'observations très intéressantes de tuberculose uréthrale qu'on avait confondu pendant longtemps avec la gonorrhée chronique et il cite une observation inédite de tuberculose de la verge, observation recueillie dans le service de M. Poncet.

Vint ensuite une observation de tuberculose secondaire du gland publiée par M. Malécot dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* de 1893. Dans ce cas l'examen microscopique démontra l'absence de bacilles ; mais les inoculations aux cobayes, faites par M. Queyrat à l'Institut Pasteur donna lieu à des manifestations tuberculeuses chez ces animaux et démontra ainsi nettement que chez le jeune garçon de M. Malécot on avait également affaire à une ulcération tuberculeuse.

ETIOLOGIE

Comme dans la majorité des cas le chancre tuberculeux est consécutif à une tuberculose génito-urinaire, nous sommes amené à nous occuper de la pathogénie et de la marche de cette affection qui donne lieu à de nombreuses discussions et suppositions, dans le fond desquelles nous ne rentrerons pas; nous tâcherons seulement d'esquisser à grand trait les opinions des auteurs qui se sont occupés de cette question.

Aujourd'hui il ne saurait plus y avoir de doute que la tuberculose génito-urinaire ne soit souvent primitive et pour en arriver à la tuberculose de la verge nous tâcherons de démontrer, en nous appuyant sur les observations que nous avons pu trouver dans la littérature médicale, que souvent la tuberculose pénienne est secondaire, soit à une tuberculose pulmonaire soit à une tuberculose des autres organes génito-urinaires, mais que la tuberculose primitive n'est nullement une exception.

Quand les auteurs parlent de la tuberculose

secondaire de la verge ils ne sont pas d'accord pour expliquer la marche de l'infection.

Schmidlein admet une forme ascendante, c'est-à-dire que le virus infectant pourrait provenir d'après lui, aussi bien des organes urinaires, principalement le rein, que des organes sexuels représenté par l'épididyme, le lieu d'élection des tubercules génitaux.

Cayla dans sa thèse inaugurale en 1885, conclut avec Durand-Fardel que dans le système génito-urinaire, c'est l'appareil urinaire qui est le premier envahi par la tuberculose.

L'infection se fait par le courant sanguin : c'est par le glomérule que débutent les lésions. En un mot, suivant l'expression typique de Cohnheim, la tuberculose uro-génitale est une maladie d'excrétion ; le virus, quel que soit d'ailleurs le point par où il a pénétré, circule dans les liquides de l'organisme et est excrété par le rein, comme le sont d'ailleurs la plupart des substances étrangères, mises dans le sang et charriées par lui.

Cayla ne peut nier cependant les cas où, au point de vue clinique tout au moins, la maladie débute par le système génital.

Steinthal défend la même opinion.

Simmonds s'appuyant sur le résultat des autopsies qu'il a faites, croit également que la tuber-

culose génito-urinaire ne prend son origine qu'exceptionnellement dans les reins et qu'au contraire son point de départ est presque toujours soit dans la vessie, soit dans la prostate, soit dans l'épididyme. Il résume son opinion en quelques mots : mon avis est qu'en règle générale la tuberculose génitale se montre chez des individus qui sont déjà tuberculeux ou bien présentent des antécédents tuberculeux, et cela à l'occasion d'une contusion ou maladie quelconque de l'appareil génital (inflammation, gonorrhéique ou autre, soit trauma.)

Aujourd'hui qu'il est avéré que la tuberculose est une maladie contagieuse, inoculable, il serait séduisant de mettre l'infection génitale, comme dans la syphilis et la blennorrhagie, sur le compte d'une infection directe.

Déjà en 1882 Cohnheim a nettement formulé cette théorie; il est au moins admissible, dit-il, qu'un homme puisse pendant le coït avec une femme atteinte de tuberculose utérine contracter lui-même une tuberculose génitale.

En 1883, Verneuil dans une lettre à M. Fournier, reprend la même idée et il cite deux observations de femmes atteintes de tuberculose génitale cohabitant avec des femmes phtisiques et l'observation de deux hommes atteints de tuber-

culose génitale ayant cohabité avec des femmes phtisiques, et il admet la contagion directe par progression du microbe tuberculeux jusqu'en un point de l'appareil où il trouve des conditions locales favorables à son installation et à son développement.

Verchère dans sa thèse remarquable des portes d'entrée de la tuberculose apporte des preuves nouvelles aux idées émises par son maître le professeur Verneuil.

Pour lui la fréquence de la tuberculose générale dans les deux sexes, son apparition à la période d'activité génitale, la possibilité des rapprochements sexuels, malgré la présence de lésions tuberculeuses dans les organes génitaux, sont autant d'arguments en faveur d'inoculation probable. Il cite également la communication faite à la Société anatomique par M. Barbézin qui a constaté la présence de bacilles tuberculeux dans les liquides provenant des organes génitaux de l'homme ou de la femme, atteint de tuberculose.

La même année, MM. Babès et Cornil relatent l'observation d'une femme où ils ont trouvé la présence de bacilles tuberculeux dans le mucus du vagin atteint en même temps d'ulcérations de la vulve et du vagin et eux aussi admettent la possibilité d'une infection directe par le coït.

Jani en rapportant, dans le volume 103 des archives de Virchow, le résultat de ses recherches, affirme même la présence de bacilles dans l'appareil génital sain des tuberculeux; mais Walther dans un travail consciencieux publié récemment, vient de rectifier l'opinion de Jani, et, d'après lui, la présence de bacilles tuberculeux dans l'appareil génital sain d'un tuberculeux doit être extrêmement rare, et aujourd'hui la grande majorité des savants partagent cette dernière opinion.

M. Fernet en 1884, communiqua à la Soc. méd. hôp. deux observations qui lui permettaient également de croire à la marche de l'infection tuberculeuse par la voie génitale.

La même idée est défendue par Hjelmar Heiberg, Hegar, Simmonds, Derville (thèse 1887), et plus récemment par M. Dobroklovski dans les n^{os} 19 et 20 du Vrach de 1895. M. Guyon et son école ne croient pas à l'infection par le coït et M. Guyon dans sa clinique du 20 janvier 1895, à propos de deux malades atteints de tuberculose génito-urinaires s'exprimait ainsi : « Je ne crois en aucune façon que les notions que nous recueillons sur l'aspect infectieux, et qui sont vraies, soient la chose principale, la diathèse est la grande chose; la contagion par le coït ne me paraît pas possible. »

Schuchart admet non seulement la possibilité

mais la fréquence de la transmission de la tuberculose dans les rapports sexuels, par l'intermédiaire du pus blennorrhagique notamment.

M. Vallin, dans la séance du 9 janvier 1885 de la Soc. méd. des hôp. tout en ne niant pas la possibilité de l'infection par le coït, fait passer à la critique l'opinion de M. Fernet et celles des auteurs qui partagent ces idées.

D'après M. Vallin on pourrait dire, dans les cas où l'infection s'est produite à la suite de cohabitation de personnes tuberculeuses, que l'infection s'est transmise, non pas par l'inoculation génitale, mais par la vie en commun, par promiscuité prolongée dans la même chambre et le même lit.

De même M. Straus dans son traité au-dessus de tout éloge : « La tuberculose et son bacille », exprime une opinion analogue, à propos du chancre tuberculeux de la verge.

Les faits de confrontation, dit-il, tels que ceux invoqués par Verneuil, Verchère, Fernet, etc., n'ont pas toute la valeur qu'on pourrait être tenté de leur attribuer, si l'on ne réfléchissait à l'extraordinaire fréquence de la tuberculose; dans le grand nombre des combinaisons de toutes sortes qui peuvent se présenter quand il s'agit d'une maladie aussi répandue, il faut bien s'attendre à

tomber sur quelques cas où une femme atteinte de tuberculose génitale, a pu avoir des rapports avec un mari lui-même tuberculeux, sans que la conclusion s'impose, que l'affection a été transmise du mari à la femme ou inversement par le fait du coït. Pour expliquer la rareté des tuberculoses génitales externes on n'invoque pas sans raison la nature anaérobie du parasite et surtout la constitution anatomique des organes génitaux. Chez la femme, la vulve, le vagin, le col de l'utérus présentent une muqueuse épaisse et résistante, revêtue d'un épithélium pavimenteux, arrêtant toute invasion du microbe. A la limite du col, il y a un changement de la muqueuse qui devient molle, spongieuse. Chez l'homme, l'urèthre antérieur diffère entièrement de l'urèthre prostatique. Dans le premier on trouve une muqueuse régulière, lisse, couverte d'un épithélium résistant, dans le second, au contraire, viennent s'ouvrir une quantité considérable de conduits glandulaires, tout préparés pour recevoir les molécules voyageuses, mais cherchant le repos, comme dit Verchère.

Ces arguments appuyés sur l'histologie ont reçu leur confirmation par l'expérimentation. Cornil et Dobroklowsky en injectant une culture de bacilles tuberculeux dans le vagin des cobayes,

en évitant l'arrosion de la muqueuse, ont trouvé une tuberculose du corps de l'utérus chez ces animaux une trentaine de jours après l'injection.

Gartner injecta du virus tuberculeux dans les testicules de cobayes et de lapins et les femelles fécondées par eux furent atteintes de tuberculose avec des lésions tuberculeuses dans le vagin.

En nous appuyant sur les observations de tuberculose externe de la verge que nous avons pu trouver dans la littérature médicale et sur les travaux qui ont paru sur ce sujet, il nous semble qu'il n'y pas de doute que l'infection par le coït soit possible tout en étant rare et cette rareté présente plusieurs raisons. Une première raison est donnée par ce fait bien connu que les bacilles tuberculeux ne peuvent pas pénétrer dans les peaux recouvertes d'un épithélium pavimenteux cutané, à moins qu'il ne leur soit créé une porte d'entrée artificielle par quelque manque d'épithélium.

Et c'est une véritable plaie qu'il faut pour que la tuberculose puisse se développer, car il y a longtemps déjà que M. Chauveau a démontré que l'inoculation sous-épidermique du virus le plus actif était le plus souvent stérile, il est nécessaire que la plaie d'absorption soit saignante et intéressant le tissu cellulaire sous-cutané.

Il est vrai que les rapports sexuels déterminent

parfois des déchirures du frein, des éraillures profondes et saignantes d'un prépuce étroit et que dans ce cas les voies d'absorption sont faciles. Ces cas ne sont évidemment pas bien fréquents, car il faut, en même temps et avant tout, un rapport avec une source d'infection. Mais les expériences de Chauveau ont eu leurs démonstrations sur l'homme avec une netteté quasi expérimentale dans les cas de tuberculose du prépuce à la suite de la circoncision par un rabbin poitrinaire. Ces cas au nombre d'une vingtaine ne sont relativement pas extrêmement rares eu égard au petit nombre de personnes circoncises par des rabbins tuberculeux et comme cette opération se pratique surtout dans la basse classe du peuple juif il est sûr qu'un petit nombre de ces enfants seulement ont recours aux soins d'un médecin éclairé.

Un second facteur également très important est le terrain ; si celui-ci est réfractaire, le bacille est arrêté dans son développement.

En consultant les onze observations de tuberculose pénienne externe chez l'adulte, nous voyons que dans six cas, la tuberculose pénienne était consécutive à une tuberculose déjà avancée de l'appareil génito-urinaire, (obs. de Soloveitschnick, Vetlesen, Garin, Michaut, Clauss,

Malécot). Dans ces cas nous sommes presque forcés d'admettre une propagation de la tuberculose des organes profonds vers les parties externes de l'appareil génital, car les lésions profondes étaient bien plus avancées que les lésions qui s'offraient à l'œil et dans la plupart de ces cas, les malades s'étaient déjà plaints de troubles urinaires, bien avant le début des ulcérations externes. Cette infection secondaire a dû se faire soit par l'urine soit par le sperme, car dans ces deux liquides, les savants ont découvert les bacilles de la tuberculose, quand les sujets étaient atteints de la tuberculose génito-urinaire, dans les cas de Clauss, Malécot, les malades étaient indemnes de lésions tuberculeuses du p^{ou}mon.

Dans le cas de Kraske, l'étrangeté de la localisation de l'ulcération lui avait fait chercher la cause de la tuberculose du gland dans la contagion par le coït, mais le malade n'affirmait avoir eu des rapports qu'avec sa femme légitime qui n'avait jamais présenté de symptôme d'une lésion tuberculeuse quelconque ; la contagion directe par les rapports sexuels, doit donc être écartée et l'infection s'est produite *probablement* comme Kraske le pense aussi par voie hémato^gène. Il est très probable, d'une façon générale, que c'est par cette voie qu'est provoquée la tuberculose

génitale primitive ; l'infection reconnaît pour point de départ, quelque foyer scrofuleux ancien, un ganglion bronchique caséeux, par exemple, hypothèse qui trouve sa pleine confirmation chez le jeune malade de M. Fournier qui tout en ayant un aspect robuste et nulle lésion pulmonaire, à un examen plus complet, présentait à l'une des côtes des cicatrices nettes d'abcès froids d'origine costale, la cicatrice adhérant à la côte sous-jacente.

Encore cette année, où le malade rentrait pour la deuxième fois dans le service de M. Fournier, nous avons pu l'examiner à fond et constater que son état général était toujours excellent mais chose curieuse, le malade présentait à l'un des doigts de la main du lupus érythémateux.

Il en est de même pour le cas de tuberculose primitive de la verge, publié par M. le professeur Poncet, de Lyon, dont le malade n'avait jamais vu de femme et M. Poncet admet l'origine hémattique de l'infection et à cette occasion, nous rappellerons les paroles de M. Reclus : Par suite de conditions défavorables, dit-il, un tissu particulier, un organe, un appareil se débilitent, tandis que l'ensemble de l'économie gardera sa force première ; ce tissu deviendra le lieu de moindre résistance. Ne paraît-il pas y avoir, en définitive

comme le dit si bien Cruveilhier, des tuberculisations localisées qui tiennent à des causes locales, comme il y a des tuberculoses généralisées qui tiennent à des causes générales ?

L'observation de M. Ssalistcheff, si intéressante sous tous les points de vue, semble être due à une infection par le coït. Le lieu de l'évolution de la maladie au bord du prépuce, dit-il, de même que son extension uniforme dans toutes les directions de la surface vers la profondeur, font conclure d'une façon absolue que la cause de l'affection est une infection directe venant de l'intérieur et probablement avant tout de la façon la plus naturelle par la relation sexuelle.

L'observation inédite, que M. le Dr Gastou a bien voulu nous communiquer, peut donner lieu à des hypothèses au point de vue étiologique ; comme le malade était phthisique et en même temps porteur d'une ulcération tuberculeuse de la lèvre, l'infection a pu se faire, soit par transport du virus sur une plaie de la verge, soit ce qui est plus probable par voie hématique.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

En tête du chapitre, nous plaçons toutes les observations relatives au chancre tuberculeux chez l'adulte, dans l'ordre qu'elles ont été publiées par leurs auteurs ; elles sont au nombre de douze. Nous faisons suivre ensuite les observations qui ont trait au chancre tuberculeux chez l'enfant, se développant à la suite de la circoncision.

OBSERVATION I

Soloweitschnick in *Arch. f. Dermatologie u. syphilis*,
Prag, 1870. Observation résumée.

Siko Lapia, cultivateur, âgé de 21 ans, entre dans mon service le 23 février 1863, section des hommes syphilitiques pour un écoulement continu de l'urèthre traité pendant huit mois par les balsamiques.

L'urèthre présente à sa partie antérieure, à la palpation, des parties indurées, et sur le gland se trouvent de petites ulcérations grisâtres, folliculaires d'un aspect indéterminé, qui au premier abord sont prises pour un chancre induré, et l'écoulement qui devenait de plus en plus abondant, fut pris pour une gonorrhée chronique et traité en conséquence. Le malade était très amaigri

et l'auscultation du poumon faisait diagnostiquer une tuberculose pulmonaire, qui emporta le malade cinq mois après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Sur le sillon du gland et au niveau de la partie interne du prépuce nous trouvons de petites tumeurs nombreuses, dont beaucoup présentent les caractères attribués ordinairement au chancre (fond profond et bords taillés à pic). La muqueuse de l'urèthre forme depuis l'entrée jusqu'à 45 millimètres en arrière une surface ulcérée, avec des parties plus profondes. Sur cette surface, on voit en outre de petites granulations en voie d'ulcération par suite de la fonte centrale.

Foyer caséux intéressant la prostate et les deux vésicules séminales.

Les canaux déférents, les épидidymes, le testicule droit et la vessie sont intéressés. Les reins sont sains.

Seul le ganglion inguinal gauche est très enflé, le ganglion iliaque l'est à peine.

Tuberculose pulmonaire étendue.

OBSERVATION II

Tuberculose pénienne, recueillie à l'Antiquaille dans le service de M. Horand, par M. Garin interne, publiée in *Lyon méd.*, 1876.

Jean V..., âgé de 37 ans cordonnier, demeurant à Lyon, entre à l'Antiquaille le 21 décembre 1875, dans le service des vénériens, pour une affection des organes génitaux. L'affection qui motive l'admission du malade

dans ce service est constituée par des ulcérations multiples situées au pourtour de l'orifice du méat urinaire et sur le gland. Les caractères de ces ulcérations rappellent à s'y méprendre ceux des chancres simples.

En outre, le malade est atteint d'une orchite gauche volumineuse avec plusieurs fistules s'ouvrant à l'extérieur, sur la peau du scrotum. Du côté du canal de l'urèthre, on constate un suintement purulent.

La multiplicité des ulcérations, ainsi que leur auto-inoculation négative font porter d'abord par M. Dron, puis par M. Horand, le diagnostic de tuberculose des organes génitaux.

L'état général du malade vient à l'appui du diagnostic, il tousse, il est enroué et présente un teint cachectique, de la faiblesse et de la maigreur. A l'auscultation on constate du côté des poumons et dans toute leur étendue des signes évidents de tuberculose.

Comme lésions anciennes, on trouve au pied droit des cicatrices d'ostéites suppurées, que le malade a eu dans son enfance.

Depuis son entrée à l'hôpital, cet homme va en s'affaiblissant de plus en plus, la cachexie tuberculeuse s'accroît, il survient de l'anasarque, il succombe le 4 février 1876.

L'urine examinée à plusieurs reprises, ne contient pas d'albumine, mais un léger excès de phosphates terreux. Vers la fin elle renfermait du pus.

Autopsie. — Le canal de l'urèthre est parsemé sur sa muqueuse de petites ulcérations simulant des chancres

simples et devenant confluentes au fur et à mesure qu'on s'approche du méat. Celui-ci est ulcéré sur tout son pourtour, le gland lui-même présente quelques ulcérations dont nous avons parlé et non cicatrisées.

OBSERVATION III

Cas de tuberculose primitive de la verge, observé par M. le Dr A. Fournier, et publié dans la thèse d'agrégation de Looten, en 1878.

Il s'agissait d'un jeune homme de 24 ans, qui portait à la verge une ulcération ayant succédé rapidement à une saillie tuberculeuse. Elle fut d'abord prise pour un chancre induré, la marche insolite de l'affection ne tarda pas à inspirer des doutes à M. Fournier. Il ne s'agissait pas d'un chancre simple, comme l'inoculation le démontra. Il ne s'agissait pas d'un chancre infectant, comme il fut prouvé dans la suite par l'absence de tout phénomène constitutionnel. Il ne s'agissait pas d'un accident tertiaire, l'individu n'avait jamais eu de chancre et ne présentant aucune trace de syphilis. Il guérit du reste en trois mois sans traitement spécifique.

Le diagnostic lupus du gland qui avait été posé fut confirmé bientôt; quelque temps après la cicatrice se rompit, la lésion reprit sa première forme, se mit à grandir et à végéter, si bien, que partie du milieu du gland, elle en envahit la surface jusqu'autour du méat urinaire. Elle avait tous les caractères du lupus tuberculeux ulcéré.

OBSERVATION IV

Vetlesen. *Norsk. Magazin for Lægevid.*, publié in
Virchow. Hirsch, 1886.

En 1884, Vetlesen publie comme cas unique, l'observation suivante :

Chez un phthisique âgé de 17 ans, se produit à l'extrémité du méat, un ulcère, induré à la suite de troubles urinaires (dysurie, incontinence) durant depuis longtemps.

En même temps, les glandes inguinales augmentèrent de volume. L'examen montra une augmentation de volume et induration des épидидymes et gonflement douloureux de la prostate.

Dans la sécrétion de la tumeur du méat, on trouve des bacilles tuberculeux, ce qui fit diagnostiquer la nature de la lésion.

L'autopsie montra à côté de très nombreuses lésions tuberculeuses des organes internes, une tuberculose uro-génitale étendue.

Le rein droit, la vessie, la prostate, la région bulbeuse, étaient atteints.

L'ulcération du canal entourait tout le méat et s'étendait jusque dans la fosse naviculaire.

OBSERVATION V

Observation de M. Michaut présentée à la Société anatomique de Paris, le 4 mars 1887.

En janvier 1887, entré à l'hôpital du midi, un homme

âgé de 27 ans qui se plaignait d'un écoulement urétral qu'il présentait de 1884, date de sa dernière blennorrhagie (la première datant de 1881). Troubles urinaires antérieurs. Au mois de novembre dernier une hématurie peu abondante, s'était produite. En explorant par le palper le canal urétral, on sentait avec la plus grande facilité, un noyau dur, roulant sous les doigts situé sur la partie inférieure en arrière de la fosse naviculaire à 5 centimètres environ du méat. Comme le malade présentait en même temps de l'engorgement ganglionnaire de la région inguinale, on concluait à un chancre. L'auscultation du poumon dénotait un ramollissement des deux sommets.

L'examen des autres organes et du système g. ur. démontra, rien d'anormal.

L'amaigrissement du malade allait toujours en augmentant.

23 février. — En examinant la muqueuse du gland, on aperçoit autour du méat un semis de points grisâtres, arrondis, légèrement saillants, entourés d'une petite zone inflammatoire. Ces granulations sont disposées irrégulièrement, dans une zone concentrique au méat. Le volume des plus grosses atteint les dimensions d'une tête d'épingle. Le noyau senti en arrière de la fosse naviculaire n'a pas sensiblement changé de volume.

25 février. — Poussée nouvelle de granulations et sur elles de petites ulcérations à bords primitivement arrondis, se font voir autour du méat.

Ces ulcérations ne tardent pas à se fondre par leurs bords. Elles apparaissent alors avec des bords polycycliques, à fond inégal, fongueux, donnant lieu à un écoulement peu abondant, blanchâtre, visqueux. Près de la couronne du gland, on remarque un corymbe de granulations, les unes volumineuses et jaunes, les autres blanches et plus petites. Sur le frein siègent des points jaunâtres, plus volumineux, semblables à des grains de semoule.

3 Mars. — Mort dans un accès de dyspnée.

Autopsie. — Lésions tuberculeuses des organes de même du système genito-urinaire. Un peu en arrière du méat, dans la fosse naviculaire, on trouve une ulcération profonde, une véritable caverne tuberculeuse, évidant le gland par sa face interne et le convertissant en une véritable geode à parois minces et indurées.

OBSERVATION VI.

Tuberculose du gland, publiée par Clauss, dans une thèse de Fribourg. i. B. en 1889 inspirée par Kraske.

G. Schmidt, 33 ans, de Burg, entré le 23 janvier, mort le 19 mars 1884. Déjà il y a deux ans le malade avait eu des douleurs en urinant, qui avaient duré encore longtemps après. Depuis six mois, le malade s'est aperçu qu'il s'est formé un ulcère au niveau du méat urinaire malgré que depuis de longs mois il ne se soit exposé à aucune cause d'infection; depuis, cet

ulcère s'est étendu de plus en plus. Depuis deux ans le malade urinait plus fréquemment et depuis six mois cet état a empiré, à tel point que le malade urine par gouttes pendant quinze à trente minutes; pendant le jour également le malade souffre de cette infirmité.

A l'entrée du malade on trouvait à l'orifice externe de l'urèthre un ulcère qui en occupait tout le contour et s'étendait loin dans l'urèthre largement ouvert. Le frein du prépuce et les régions avoisinantes du méat urinaire, présentent une infiltration dure.

Le diagnostic, était chancre induré de l'urèthre et de l'orifice externe.

L'ulcère fut traité par l'iodoforme, ensuite aux atouchements par le nitrate d'argent et comme l'ulcère ne présentait pas la moindre tendance à la régression, le malade fut soumis aux injections mercurielles.

Une semaine après ces injections l'état du malade s'aggravait, il perd ses forces, amaigrissement, dyspnée, le dixième jour après les injections de mercure le malade est pris d'une stomatite mercurielle et le 11^e jour le malade meurt dans le collapsus; son urine contenait de l'albumine pendant les derniers jours de sa vie.

L'autopsie fut faite par le professeur Schottelius.

On trouve au pénis un ulcère, occupant tout le méat urinaire, à fond jaune et lardacé et à bord irrégulièrement dentelés, qui en dehors dépassent le gland de 1½ cent. et s'étendent à l'intérieur jusque dans la fosse naviculaire.

Les ganglions inguinaux sont à peine sensibles et mous. Les poumons ne présentaient qu'un peu de congestion à la base.

Quand on faisait l'examen du pénis et du restant de l'appareil génito-urinaire, on trouvait d'abord derrière le méat urinaire une vaste caverne, dont les parois avaient une épaisseur de 3 à 5 millim. et s'étendaient jusqu'au loin dans les tissus caverneux.

Cela nous donnait la clef du diagnostic, car cette caverne présentait un aspect si nettement tuberculeux, que nous devions laisser tomber le diagnostic de chancre induré que nous avions fait en nous basant sur l'ulcère induré, au niveau du gland. Car en poursuivant notre recherche nous trouvions que l'urèthre présentait sur tout son parcours des lésions tuberculeuses, de même que la vessie, les urethères et les reins, offraient des destructions importantes

OBSERVATION VII

Tuberculose du pénis par Kraske de Fribourg, i. B.
publiée in *Beitraege. zur. path. Anat.* 1891.

En mai 1888, se présentait à la clinique de Fribourg un homme de 49 ans, R. de O. dont le gland un peu enflé et dur au toucher présentait une ulcération irrégulière, découpée en carte géographique.

A première vue, on apercevait deux grandes ulcérations qui étaient séparées par un lambeau de muqueuse saine d'environ 12 centimètre de largeur et

situé un peu à droite de la ligne médiane et parallèlement à celle-ci.

L'une de ces ulcérations s'étendait vers la gauche jusque près du frein ; en arrière, elle arrivait presque jusqu'à toucher la couronne, et en avant dépassait un peu le milieu de la tête du gland. L'autre, environ le tiers de la première se trouvait sur le côté droit du gland ; à la périphérie de ces deux ulcérations, notamment vers la pointe du gland, existait un certain nombre de petites ulcérations en ilots. Outre ces dernières, on apercevait en plusieurs points des taches jaunes de différentes dimensions, dans lesquelles la muqueuse n'était pas encore ulcérée dans toute son épaisseur, mais extrêmement amincie. Le fond de ces diverses ulcérations était en général jaunâtre ; anémié et caséux ; mais ça et là on voyait une sorte de production granuleuse remarquable par sa couleur d'un rouge pâle, et sur laquelle se trouvait une sécrétion rare et un peu épaisse.

Autour des ulcérations, la muqueuse avait une couleur bleuâtre, qui était à peine sensible sur le reste du gland, mais qui était particulièrement vive aux environs du méat. On voyait en outre un décollement très étendu de la muqueuse sur le bord des ulcérations. Un examen avec le stylet montra que presque toutes les ulcérations communiquaient entre elles, de telle sorte que la muqueuse intermédiaire était soulevée en forme de pont. La nature caractéristique de la lésion, son fond caséux, et notamment le décollement étendu des bords, me

déterminèrent aussitôt à exclure une ulcération vénérienne ou carcinomateuse : et à diagnostiquer une affection tuberculeuse.

Cependant l'examen très approfondi du malade ne donna aucune indication en ce sens. La peau, les ganglions, même ceux de l'aîne, les os, ne montraient rien qui pût faire penser à la tuberculose existante ou guérie. De même aux poumons et dans les autres organes splanchniques on ne trouvait pas de signes anormaux.

L'urine était claire sans éléments étrangers ; et surtout après des examens répétés, on ne trouva pas de bacilles tuberculeux.

Les testicules, les épидidymes, et la prostate paraissaient normaux.

Les recherches anamnestiques, pas plus que l'examen objectif du malade ne fournirent de résultats propres à faire penser à la tuberculose.

Le malade ne pouvait pas donner de renseignements précis sur l'état de santé de ses ascendants.

Lui-même, antérieurement, n'a jamais fait d'autre maladie grave. Sa première femme, dont il a eu plusieurs enfants encore vivants et en bonne santé, doit être morte d'une maladie de cœur ; et sa seconde est très saine et est dix semaines auparavant accouchée d'un enfant vivant et bien portant.

Le malade ne sait pas à quoi attribuer sa lésion, qui dure depuis environ trois mois, sans causer de douleur ; la contagion par le coït est définitivement écartée.

Il n'aurait eu des rapports qu'avec sa femme et encore

pas depuis plusieurs mois. Malgré l'absence de toute autre indication, l'état caractéristique de l'ulcération fit qu'on s'en tint au diagnostic de tuberculose, et qu'on tenta le 30 Mai d'enlever avec le couteau la partie superficielle de l'ulcération.

L'opération montra que la lésion était beaucoup plus étendue que ne le laisserait supposer son aspect extérieur.

Si l'on eût voulu enlever toutes les parties caséeuses il fallait faire l'amputation du gland.

Celle-ci fut faite la plaie traitée de la manière habituelle, et le malade renvoyé dès le dixième jour complètement guéri.

OBSERVATION VII.

Un cas de tuberculose pénienne, par E. G. Ssalistscheff
publié dans le volume XV des *Beitrag zur. path.
Anat.*

Le malade Grigori Léontjeiv, cultivateur de son état, entra à l'hôpital de Tomsk, le 25 août 1891 pour un ulcère de la verge qui ne voulait pas se fermer. A la partie externe du prépuce on voit un vaste ulcère, qui s'étend à une grande partie du côté droit du pénis; de là l'ulcère se rend au côté gauche en formant une bande étroite située un peu en arrière du sillon glandulaire. A la partie postérieure du pénis l'ulcère occupe presque toute la largeur de l'organe et ne s'arrête qu'un peu en avant des bourses. La destruction de la substance est surtout profonde à l'extrémité du pénis, où le frein

du prépuce, le gland, et toute la paroi de l'urèthre sont détruites; ce qui a donné lieu à une embouchure du canal au niveau de la partie moyenne et inférieure de la verge, produisant ainsi un hypospadias accentué.

Tous les bords de l'ulcère pénien sont irréguliers, dentelés et présentent en quelques endroits des épaissements nodulaires de volume et d'épaisseur variables. La peau des bords, qui présente une coloration bleu rougeâtre de différentes nuances est partout amincie et soulevée sur une étendue plus ou moins considérable.

Le fond de l'ulcère présente un aspect très variable : en quelques endroits nous apercevons des nodules granuleux distincts qui, sur les parties avoisinantes de la surface, deviennent pâles et flétris et présentent une couleur un peu grise ou bleu rougeâtre; ils perdent leur aspect verruqueux; leurs saillies et se couvrent de détritits caséeux. En quelques endroits des bandes ou îlots d'épiderme se sont conservés et se laissent détacher facilement du fond.

Sous cette peau et sous la couche grise pâle, atonique et granuleuse, scintillent par-ci par-là des modules plus ou moins gros d'une coloration jaunâtre, qui s'étendent en grand nombre à la partie postérieure de la surface ulcéreuse. L'ulcère sécrète peu et la sécrétion est tout à fait séreuse, ou séro-purulente et recouvre par moment l'ulcère d'une couche épaisse, qui, en se desséchant, forme une croûte lisse.

En faisant l'examen extérieur du malade on remar-

que deux cicatrices pâles et profondes, indices d'ulcères guéris depuis longtemps.

Dans la région iléo-inguinale gauche on pouvait percevoir à la palpation un ganglion dur, de la grosseur d'une noix.

Sur aucune partie du corps on ne pouvait découvrir de lésions tuberculeuses ; ni aux poumons, ni aux testicules, ni au canal déférent, ni à la prostate ; la recherche de bacilles de Koch dans l'urine était négative.

Au mois de mai précédent un bouton purulent s'était montré au niveau du prépuce derrière le gland, qui augmentait jusqu'à devenir un petit ulcère et qui s'étendait peu à peu vers la partie postérieure.

Le malade a eu la syphilis il y a 22 ans ; qui après des frictions mercurielles, avait disparu pendant le courant de ces 22 ans, le malade n'a eu absolument aucun accident.

Nous appuyant sur ces données nous avons soumis le malade au traitement des syphilitiques qui ne produisit pourtant aucune amélioration.

L'aspect extérieur de l'ulcère était déjà contre le diagnostic de la syphilis : le fond de l'ulcère avec des signes nets de détritits caséux, la couleur bleuâtre, mais non rouge de cuivre des bords, leur mollesse relative, leur aspect creusé et le bord mal défini de l'ulcère, etc., étaient plutôt contre la syphilis. Mais à cause des antécédents du malade nous l'avons soumis au traitement des syphilitiques qui ne donna aucune amélioration.

Pour avoir une certitude je faisais faire des recherches microscopiques par mon collègue le professeur Winogradow, qui a pu déceler la présence de tubercules et de bacilles tuberculeux sur une coupe de l'ulcère.

Recherches de la contagion : Sous la foi du serment le malade m'affirmait n'avoir eu des rapports sexuels qu'avec sa femme, qui d'après ses dires était saine, et avait donné naissance à des enfants sains, seulement depuis six mois cette femme avait commencé à tousser, perdu la voix, et maigri. A cause de la grande distance il ne m'avait pas été possible de faire venir la femme pour l'examiner.

Le seul traitement rationnel à conseiller au malade c'était l'amputation de la verge. L'opération fut pratiquée le 29 octobre 1891, et la guérison de la plaie se fit rapidement.

OBSERVATION IX

Observation de M. A. Poncet, professeur à Lyon, publiée dans la thèse de M. Barbet. Thèse de Lyon, 1893.

En octobre 1892, un jeune homme de 18 ans entra salle Saint-Philippe, avec une verge en battant de cloche.

D'après les indications fournies par le malade il fallait écarter l'idée d'une infection vénérienne. On pouvait supposer à un premier examen, d'après la forme du gland, un gros chancre induré sous-préputial, mais le malade prétendait n'avoir jamais vu de femme, et nous n'avions pas de raisons pour mettre en doute ses affirmations.

Il nous racontait que le début de l'affection remontait à deux mois et que sans cause appréciable était survenu un léger écoulement par l'orifice préputial. Je fis anesthésier ce malade, me réservant suivant la nature de l'affection, de modifier mon intervention. Au premier coup de bistouri sur le prépuce, je trouvai une large ulcération du gland, de coloration blafarde recouverte de fongosités. Je grattai avec la curette ces tissus, et en détruisant ainsi méthodiquement ces fongosités, j'arrivai sur le canal de l'urèthre qui était probablement envahi, et qui, dans tous les cas, était engagé jusqu'au niveau du scrotum, par des masses tuberculeuses qui s'étaient infiltrées au loin, dans le tissu spongieux péri-urétral. Le sacrifice du canal, sur une longueur de plusieurs centimètres, s'imposait.

Nous avons, dans la suite, examiné ce malade avec grand soin, nous l'avions minutieusement interrogé; nous n'avons trouvé dans ses antécédents et au point de vue étiologique aucune cause d'infection locale; chez lui la tuberculose pénienne est probablement d'origine hématogène, et surtout nous n'avons pas constaté de tuberculose génito-urinaire, de sorte qu'il s'agissait d'un cas de tuberculose pénienne primitive. Il est possible qu'il s'agisse là d'une inoculation directe.

OBSERVATION X

*De la tuberculose de la verge, par Malécot in
An. des org. g. ur. 1893.*

Il s'agit d'une ulcération du gland ayant les dimensions d'une pièce de vingt centimes environ, circonscrivant à peu près régulièrement le méat et faisant paraître le gland comme sectionné perpendiculairement à son extrémité. Les bords sont légèrement dentelés, non décollés, plutôt décolorés, présentant en certains points de très légères saillies qui font corps avec le gland.

Le fond est uniformément lisse, pâle, avec quelques vascularisations autour du méat, qui semble légèrement rétracté. Bords et fond sont constamment souillés par l'urine mais ne secrètent point de pus; remarque importante, ils sont souples, non douloureux, même à la pression et il n'y a aucun engorgement ganglionnaire.

Le porteur de cette ulcération, qui l'avait remarquée depuis près d'un an, était un adolescent de 14 ans, de race juive, qui avait été circoncis selon le rite de sa religion le huitième jour après sa naissance. L'aspect de l'ulcération, sa souplesse, l'absence d'engorgement ganglionnaire, excluaient la possibilité d'un chancre induré, le fond lisse, l'absence de suppuration, la régularité et l'état de bonne conservation des bords faisaient rejeter celle d'une chancelle. Un minutieux interrogatoire nous apprit alors que depuis trois ans le malade souffrait de troubles vésicaux dont il ne nous avait

point parlé tout d'abord, les mictions étaient fréquentes, douloureuses, les urines souvent sanguinolentes et depuis dix-huit mois environ était survenu une incontinence d'urine, diurne et nocturne. La face était pâle, amaigrie, mais il n'y avait point de lésions pulmonaires. Nous pensâmes alors à la possibilité d'une ulcération tuberculeuse et partant à la nécessité d'inoculations expérimentales pour établir sûrement le diagnostic.

Je conduisis le malade à l'institut Pasteur et demandai à mon excellent ami le Dr Queyrat, de vouloir bien pratiquer ces recherches. L'examen direct au microscope de parcelles enlevées n'a pas montré de bacilles; mais les cobayes inoculés sont devenus tuberculeux, ainsi que l'ont prouvé leur autopsie et l'examen bactériologique des viscères.

Quand au malade, nous ne l'avons revu qu'une fois, un an après ces recherches, son ulcération, qui, d'ailleurs n'avait pas été traitée, conservait les mêmes caractères, ses troubles vésicaux persistaient mais son état général était devenu meilleur sous l'influence d'une médication générale appropriée.

OBSERVATION XI

Ulcération chancriforme de la verge. Observation présentée à la Société de dermatologie, par MM. Wickham et Gastou, le 18 avril 1895.

Le malade que nous présentons, offre sur la surface dorsale du fourreau de la verge, une lésion chancriforme intéressante à plusieurs titres.

Les caractères objectifs sont les suivants :

L'ulcération est ovalaire de 1 1/2 centim. de long sur 1/2 centim. de large, à surface un peu irrégulière, mais assez superficielle; de coloration gris jaunâtre, peu suintants; elle se continue directement avec les bords. Cette ulcération est surélevée par une masse pâteuse qui non seulement lui forme une base, mais la dépasse tout autour de plusieurs millimètres.

L'ulcération placée au sommet de la saillie est donc débordée en surface, mais non en hauteur. La bordure est de niveau avec la surface ulcéreuse.

Le tout ensemble donne l'aspect d'une petite tumeur dont les trois quarts du centre sont exulcérés, ou d'un chancre dont la base et le pourtour seraient très fortement enflammés, à l'une des deux extrémités du grand axe de l'ulcération; la base dure non ulcérée se prolonge assez loin 1 1/2 centim. en dehors de l'ulcération. Toute la bordure épaisse non ulcérée est nettement violacée. Ces lésions prises entre les doigts offrent la sensation d'une masse de consistance pâteuse qui se laisse parfaitement soulever au-dessus des tissus plus profonds. Il n'y a pas la moindre adhérence.

En présence d'une telle lésion, le diagnostic qui vient tout d'abord à l'esprit est celui de chancre induré avec quelques caractères irréguliers: empatement sous-jacent plutôt inflammatoire que lardacé; empatement profond dépassant beaucoup trop les limites de l'ulcération; coloration violacée des bords.

L'examen des régions inguinales révèle la présence

de plusieurs ganglions, petits, durs, séparés les uns des autres, correspondant assez bien au pléiade du chancre sans pourtant être caractéristiques. Il n'y a pas entre autre de gros ganglion principal.

Malgré ces irrégularités, on pense au chancre et on poursuit l'enquête.

Aux premiers mots, on apprend avec surprise que la lésion existe depuis sept ans. Voici le récit de l'évolution antérieure. Le mal a débuté par un petit bouton plein, gros comme un petit pois.

Ce point a augmenté progressivement sans déterminer de douleurs, sans s'ulcérer et avait ainsi atteint les dimensions actuelles, quand tout à coup, il y a un mois et demi, une ulcération rapidement extensive s'est produite au centre. L'ulcération remonte donc à un mois et demi et s'est produite sur une lésion saillante, petite tumeur remontant à sept ans.

De plus, le petit malade, âgé de 17 ans, affirme n'avoir jamais eu de rapports avec une femme et ne s'être jamais exposé d'aucune façon.

L'enquête poursuivie, montre sous le mamelon droit des cicatrices, suites d'ulcérations par caries costales.

Depuis quinze jours les lésions ont pris quelques caractères nouveaux qui s'éloignent de ceux du chancre. La surface ulcéreuse est beaucoup plus irrégulière, elle s'est étendue en surface, et s'est creusée par place, présentant des dépressions à fond purulent et sanguinolent. Les lésions ont conservé une indolence particulière.

Examen histologique par M. Gastou :

L'ensemble d'une coupe, vue à un faible grossissement montre des portions claires qu'entourent des espaces plus foncés.

Au centre de quelques-uns des îlots clairs se voient des amas foncés affectant des formes elliptiques, ovales ou semi-lunaires.

Ces amas attirent l'attention par leur centre décoloré ou faiblement coloré tandis que leur périphérie est accusée par une coloration intense.

On voit également à ce faible grossissement, que la coupe a deux régions nettement différenciées ; l'une non bordée à sa surface libre et se terminant par un rebord irrégulier, l'autre au contraire présentant un liseré et une bordure épaisse constituée par un épithélium stratifié à plusieurs couches, qui a tous les caractères de l'épiderme épaissi.

A un grossissement plus considérable, les parties foncées sont constituées par des amas de cellules embryonnaires à gros noyau, à mince couche de protoplasme.

Au milieu de ces cellules en existent d'autres de forme ovale, dans lesquelles on ne décèle pas de granulations éosinophiles.

Ces cellules forment le fond de la coupe et constituent le stroma du tissu, elles répondent à des cellules fixes du tissu conjonctif; leur noyau se colore nettement.

Les parties claires présentent cette même richesse de

cellules allongées, mais ces cellules ont un noyau et un protoplasme peu colorés. Entre elles existent des cellules embryonnaires, mais rares.

Au centre des parties claires sont les amas semi-lunaires qui sont formés par une couche de cellules épithélioïdes placée entre un cercle de cellules embryonnaires et un centre non coloré ou plutôt coloré en jaune. L'aspect de ces amas est nettement la figure d'une cellule géante.

Ces cellules semblent dans certains points correspondre à la lumière d'un vaisseau. Le tissu est peu riche en éléments vasculaires, on voit vers la surface ulcérée des vaisseaux contenant des globules rouges. De nombreuses fentes, correspondant à des espaces lymphatiques, contiennent des cellules embryonnaires. La surface recouverte de la couche épithéliale représente l'épiderme très épaisse, les cellules de la couche superficielle sont hypertrophiées, remplies de granulation.

Toutes les cellules de l'épiderme sont tuméfiées, leur noyau contient plusieurs nucléoles, et entre elles existent de nombreuses cellules allongées à gros noyaux et à protoplasma fortement coloré par l'aurantia et l'éosine.

Dans la couche de Malpighi existent en outre des cellules embryonnaires très abondantes également dans les papilles qui sont hypertrophiées, allongées et dont les vaisseaux sont dilatés.

L'examen du pus ne montre pas de bacilles de Koch,

mais un gros diplocoque formant des amas en groupement staphylococcique.

Le traitement qu'on employait chez ce malade consistait en pansements antiseptiques et pointes de feu. Le malade quitta le service, amélioré mais non guéri.

Au mois de février dernier, le jeune homme revint dans le service de M. Fournier, toujours porteur d'une ulcération à la verge qui présentait à peu près le même aspect qu'à sa première entrée.

C'est à ce moment que nous avons pu l'examiner et constater tous les détails qui sont rapportés dans la précédente observation. Mais, ce qu'il y avait de nouveau et d'intéressant à son cas, c'est que cette fois-ci le malade présentait en plus une affection cutanée du médius de la main gauche, qui fut diagnostiqué « tuberculose cutanée » par M. Fournier.

Les poumons étaient toujours indemnes et l'état général bon.

Cette fois-ci, M. Fournier se décida à intervenir chirurgicalement ; l'extirpation complète de l'ulcère fut faite et le malade partit guéri une dizaine de jours après.

OBSERVATION XII (Inédite).

Chancre tuberculeux de la verge, communiquée
par M. le docteur Gastou, chef de clinique de la
Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

Vers la fin de 1894, M. D..., âgé de 33 ans, garçon limonadier, venait consulter pour une lésion de la lè-

vre datant, disait-il, de quelques semaines et ayant commencé comme un « petit bouton blanc. »

Au moment où il a été vu pour la première fois, il présentait à la lèvre inférieure une ulcération de forme ovulaire, de la dimension de l'ongle du petit doigt d'aspect blanc brillant tirant sur le gris, et reposant sur une élévation saillante à bords relevés et entourant l'exulcération d'une saillie circulaire de un demi-millimètre de hauteur et colorée en rouge.

L'ensemble de la lésion était une large papule excavée en cratère. Les bords étaient durs, mais l'induration se continuait à la base et jusque dans la profondeur de la lèvre où elle s'étalait en nappe. Il y avait dans la lésion quelque chose d'une aphthe ou d'un bouquet de vésicules d'herpès qui se serait développé sur un bourrelet inflammatoire.

En dehors de l'induration périphérique il n'existait pas du reste d'autres phénomènes labiaux ou buccaux.

La recherche de l'hypertrophie ganglionnaire fait constater la présence d'un ganglion retro-mentonnier, profondément situé sous le maxillaire, dur et gros comme une noisette. Il n'existait ailleurs aucune autre adénopathie.

Le tégument examiné avec soin, les organes génitaux, la région anale, la paume de la main et la plante des pieds ne présentaient aucune éruption, aucune manifestation actuelle, aucune trace de phénomènes antérieurs.

Le diagnostic probable était celui de syphilis ou plutôt d'accident initial de par les caractères de l'ulcération et de l'adénopathie, il fallait en trouver la cause.

Malgré une enquête patiente et bien acceptée par le malade il fut impossible d'établir la façon dont s'était faite la contamination.

Marié déjà depuis quelques années, D... mène une vie régulière, prétend n'avoir pas vu d'autres femmes que la sienne et n'avoir embrassé qui que ce soit ou s'être servi de verre, pipe ou autres objets capables de servir de moyens de contamination.

Il ne se souvient pas avoir été en contact dans sa profession avec des personnes ayant des ulcérations ou des plaques aux lèvres. La femme est bien portante il l'a du reste embrassé dit-il à plusieurs reprises sans la contaminer.

Il n'a jamais eu d'ulcérations ou de lésion quelconque à la verge.

Dans le doute, le malade est mis au traitement externe simple, consistant en applications de pommade au calomel à 1 pour 20, mais il est prévenu de la possibilité de contagion et de la nécessité de revenir s'il survient des rougeurs sur le corps.

Ce n'est que six mois après dans le courant de 1895 que le malade revient. La lésion n'a pas diminué, elle reste stationnaire, étant dit le malade turgescence par moments.

On soumet le malade au traitement mercuriel à rai-
M 4

son de 2 pulules de Dupuytren par jour et à l'application de Vigo.

Le malade est perdu de vue pendant un an. Il revient de nouveau avec l'ulcération de la lèvre qui s'est légèrement accrue et dont les bords sont durs, épais, parsemés de petites croutelles recouvrant des pertes de substances minuscules. De plus le malade accuse une légère douleur et dit que sur sa verge s'est développée une plaie depuis 5 à 6 mois.

Il existe en effet sur le prépuce une infiltration noueuse formant une saillie de 3 à 4 millimètres, longue de un centimètre et demi, large de un demi-centimètre. La surface de cette petite néoplasie est exulcéreuse et croûteuse, non suppurative, ni douloureuse. Le malade ne s'en inquiète pas. Il existe des ganglions dans les aines.

Tout autour de l'élément principal existent des éléments saillants d'aspect de tubercules exulcérés.

Cette lésion ne présente ni les caractères d'un chancre induré ou mou, ni ceux d'une gomme ou d'une syphilide. Elle n'a pas non plus l'allure d'un épithélioma. Comme ce n'est pas davantage une lésion irritative ou suppurative, on songe à la tuberculose : le malade aurait donc une tuberculose labiale et génitale.

Il est difficile d'établir l'origine de ces lésions. Cependant pour la lèvre il est à supposer que le malade qui a souvent des crevasses, a dû la contaminer en embrassant un jeune neveu qui vit avec lui et présente

une tuberculose pulmonaire bien conformée et au stade de ramollissement.

Quand aux lésions de la verge, il faut admettre un transport par les mains des éléments virulents de la lèvre au pénis dans l'acte de la miction par exemple.

L'évolution clinique semble pouvoir faire admettre le diagnostic de tuberculose à l'exclusion de tout autre, à cause de l'aspect, de la durée des lésions, de leur peu d'accroissement, de la conservation de la santé et de l'inefficacité absolue du traitement spécifique.

Tuberculose du prépuce à la suite de la circoncision

I

Deux observations de tuberculose du prépuce, par Lindmann, publiées dans D. Med. Wochenschrift.

En 1883, Lindmann rapporte deux cas observés en 1873, dans lesquels, à la suite d'une circoncision faite par un homme atteint de tuberculose pulmonaire, et qui après la circoncision pratiquait la succion du sang par la bouche, se développaient sur les blessures de la circoncision en partie guérie, des ulcères à fond caséeux. Peu après, il se faisait un gonflement des ganglions inguinaux, qui chez l'un des enfants donna lieu à de la fluctuation et à un abcès.

Chez le deuxième enfant, il se formait après un an une tumeur à l'extrémité inférieure du radius, après

l'ouverture de laquelle se vidaient des flocons caséeux et un peu de pus. Ce dernier enfant guérit après un traitement rationnel, tandis que chez le premier, après un semblant d'arrêt de la maladie, il se développait dans sa troisième année une spondylite dorsale avec compression de la moelle, à la suite de laquelle l'enfant périt d'une tuberculose pulmonaire à évolution rapide. La syphilis aurait été à exclure dans les deux cas.

II

Dix cas de tuberculose du prépuce publiés dans
D. med. Wochenschr., 1886.

En 1886, Lehmann publiait dix cas de tuberculose inoculée du prépuce qu'il avait eu l'occasion d'observer en 1879. Tous les dix enfants avaient été circoncis par le même homme qui était atteint de tuberculose pulmonaire.

Dans tous ces cas, il se développait dix jours après la circoncision rituelle, sur les blessures de la circoncision imparfaitement guéries, des petits ulcères à bords irréguliers et d'une coloration un peu grisâtre, qui peu à peu s'étendaient sur toute la blessure. Chez tous il se produisit deux à trois semaines après un gonflement des ganglions inguinaux, qui dans la plupart des cas suppuraient. Se basant sur l'aspect des ulcères et sur des dates cronées on posa le diagnostic de syphilis et dans la plupart des cas on commença un traitement énergique par le mercure. L'influence de cette médica-

tion était évidemment mauvaise, car l'état des enfants ainsi traités empirait à vue d'œil malgré de bons soins et une bonne nourriture, tandis que l'état des enfants où l'on n'avait institué aucun traitement, s'améliorait peu à peu. Par hasard, l'homme qui avait circoncis ces enfants venait se mettre en traitement chez M. Lehmann, et il pouvait constater avec sûreté qu'il était atteint d'une tuberculose pulmonaire avancée.

Cette circonstance et les observations suivantes :

1° Que l'ulcère primaire débutait à peu près dix jours et non trois ou 4 semaines après l'infection.

2° Que tous les accidents secondaires caractéristiques de la peau et dans la gorge faisaient défaut.

3° Que le traitement mercuriel le plus énergique restait sans résultat : conduisaient M. L. à laisser tomber le diagnostic de syphilis et à accepter une infection tuberculeuse.

Sur ces dix enfants : trois enfants chez lesquels les ganglions inguinaux n'avaient pas suppuré, mouraient de méningite tuberculeuse, trois autres succombaient dans le marasme, un autre mourait d'une diphtérie intercurrente. Leur âge était de 287 à 577 jours.

Trois de ces enfants seulement restaient en vie, chez lesquels pendant plusieurs années encore on trouvait un gonflement des ganglions inguinaux, qui suppuraient en partie. Et tous ces enfants dans leur aspect extérieur auraient offerts une image nette de scrofuleuse.

III

Observation d'Elsenberg, publiée in *Berl. Klin. Woch.*, 1886.

Elsenberg en 1886, décrit un cas de tuberculose inoculée du prépuce chez un enfant de 5 mois, qui issu d'une famille saine fut circoncis à l'âge de 8 jours. Peu après la blessure suppura et après deux semaines, il se produisit un gonflement des ganglions inguinaux ; à l'âge de 5 mois, l'enfant fut traité par un médecin. A ce moment la blessure provenant de la circoncision était devenue un ulcère, qui était couvert d'un exsudat jaunâtre, l'infiltrant profondément. Celui-ci ne se laissa pas enlever par le grattage. Au frein existait une large infiltration de la grosseur d'un pois.

Les bords du prépuce étaient distants l'un de l'autre, denteles irrégulièrement, quelques dents étaient grandes, indurées, rouges et en demi-cercles. La partie externe du prépuce était infiltrée dans la profondeur d'un centimètre, et couvert d'un exsudat gris jaunâtre.

L'infiltration et la vacularisation du prépuce dépassa de beaucoup les limites de l'ulcère. Toute la partie malade du prépuce était douloureuse.

Les ganglions inguinaux suppuraient.

On posa le diagnostic de chancre mal soigné et l'enfant fut soumis au traitement mercuriel. L'état de l'enfant empirait, il avait de la fièvre, le pouls petit et très fréquent, il mourut dans le trismus et l'opisthotonos.

L'autopsie ne fut pas permise, mais L. put recueillir du pus des ganglions, et une partie du prépuce qui, soumis au microscopè montraient en abondance des bacilles tuberculeux. De même on put démontrer la présence de bacilles tuberculeux dans la salive du circonciseur. L. dit avoir observer encore trois cas semblables.

IV

Observation de Hofmokl, publiée in *Wiener med. Presse*, 1886.

La circoncision rituelle avait été faite à l'âge de 8 jours, mais comme la blessure qui en résultait ne voulait absolument pas guérir l'enfant, entra en traitement chez M. H. après sept semaines. A ce moment l'état général de l'enfant était très bon. A la partie dorsale du pénis sur les vestiges du prépuce on trouva un petit ulcère grisâtre, les ganglions inguinaux étaient enflés des deux côtés.

L'enfant fut soumis pendant plusieurs semaines à un traitement par l'iodoforme et les bains, mais comme l'état de l'enfant ne s'améliora pas, H. pensa à la syphilis et employa tous les traitements syphilitiques sans résultat. L'état général était resté bon; seulement les ganglions étaient enflés davantage et en plus grand nombre; quelques-uns suppuraient, et le pus qui en sortait, soumis au microscope, donna un résultat négatif pour les bacilles tuberculeux. Mais alors l'enfant commença à maigrir peu à peu. L'ouverture extérieur de

l'urèthre se rétrécissait et la sortie de l'urine était douloureuse. Alors H. cautérisait l'ulcère du gland avec le thermocautère et dans la région inguinale il fit l'excision de 30 ganglions. Tous les ganglions étaient devenus caséux ou purulents. Les recherches histologiques furent faites par le prof. Weichselbaum qui put démontrer la présence de bacilles tuberculeux.

V

Trois observations de tuberculose inoculée, publiées in thèse de Loewenstin de Königsberg, en 1889.

1) A. J., né le 2 novembre 1888 à Schaki en Russie, issu d'une famille saine, et bien portant lui-même au moment de la naissance. A l'âge de 8 jours, l'enfant fut circoncis et le sang de la plaie fut sucé par le rabbin. Ce n'est qu'à l'âge de 7 semaines qu'il se développa sur la partie dorsale du prépuce, une petite papule qui grossissait peu à peu.

Deux semaines plus tard, la mère de l'enfant observa que les ganglions inguinaux des deux côtés étaient enflés. Peu après, la papule devenait purulente et c'est à ce moment que la mère amena son enfant à notre clinique ; l'état général de l'enfant était bon, et à la partie dorsale du prépuce on observa un ulcère nettement limité d'un diamètre de 1 cent. à bords rouges, infiltrés, soulevés, et le fond de l'ulcère était sale et purulent. Dans la région inguinale gauche se trouva un

paquet de ganglions, de 5 cent. de long sur 2 centimètres de large, dans la région ing. droite se trouva un ganglion de la grosseur d'une fève. C'est tout ce que l'on trouva d'anormal. La partie malade du prépuce fut incisée; la plaie se ferma complètement en peu de jours.

Les ganglions diminuaient un peu dans le courant des trois semaines qui suivaient, à ce moment, la mère reprit son enfant.

2^e H. S..., né le 26 juin 1888, également de Schaki, bien portant, circoncis une première fois à l'âge de 8 jours, la plaie guérit bien; il fut soumis à une seconde circoncision, la 1^{re} n'ayant pas été faite selon le rite, les deux fois par le même homme qui avait circoncis le premier enfant. Pénis et prépuce auraient été très rouges les jours suivants; 8 jours après cette dernière circoncision il se montra une petite papule à la partie inférieure du prépuce au niveau du frein qui grossissait lentement. Les ganglions inguinaux enflaient beaucoup des deux côtés et la papule devint purulente.

L'enfant âgé de 6 mois entra à ce moment dans notre clinique, et présenta à ce moment au niveau du frein un ulcère de 8 millimètres de diamètre en tout semblable au premier. On fit l'excision de paquets ganglionnaires et l'ulcère du prépuce fut touché au nitrate d'argent à plusieurs reprises et l'enfant guérit dans quatre semaines malgré une scarlatine intercurrente.

3^e M. H..., né le 14 novembre à Dunaborg, d'une famille saine et bien portante à sa naissance, circon-

cis à l'âge de 8 jours, la guérison de la plaie se serait faite très lentement. Quand l'enfant eût sept semaines, les parents de l'enfant remarquaient, à la partie inférieure du pénis au niveau du frein préputial, un ulcère profond qui s'étendait en bas avec des bords rouges et infiltrés et à fond lardacé. 8 jours plus tard, l'enfant entra en traitement chez le professeur Mikulicz, l'état général de l'enfant était très bon. Sur la partie inférieure du pénis, on voyait un grand ulcère nettement limité, commençant au niveau du gland et s'étendant jusqu'au niveau de la racine du pénis, et qui présentait des bords infiltrés, durs, soulevés, et un fond lardacé. Dans les deux régions inguinales se trouvaient de gros paquets ganglionnaires, et la mère ne put pas dire à quel moment les ganglions avaient commencé à enfler. L'ulcère traité par l'iodoforme, les ganglions soumis à l'application de compresses humides ne montraient pas d'amélioration. Alors l'ulcère fut gratté avec la cuillère tranchante et brûlé ensuite au thermo cautère, les paquets ganglionnaires furent soumis au même traitement. Leur cicatrisation complète se fit 5 semaines plus tard après avoir été touchés encore plusieurs fois avec le nitrate d'argent.

Résultat des recherches hist. et bact. — Les morceaux de prépuce excisés dans les cas I et II et les masses ganglionnaires du cas III furent durcis d'abord dans l'alcool, et les recherches microscopiques furent faites par le Dr Orthmann.

Sur les coupes on voit un épiderme épais couvrant les deux bouts de la coupe, tandis que leur milieu est occupé par le fond d'un ulcère un peu profond et dont les bords sont légèrement soulevés. La surface de l'ulcère forme un tissu granuleux qui n'est pas couvert d'épithélium ; le corps papillaire et la périphérie de l'ulcère sont assez hypertrophiés. Au milieu du chorion, on voit, à côté des parties normales, quelques formations de la grosseur d'une tête d'épingle qui, microscopiquement, se montrent comme des tubercules. Ceux-ci sont en partie caséifiés ; à côté d'eux, il y a un certain nombre de tubercules plus petits non encore caséifiés ; dans chacun des grands foyers caséeux, on remarque nettement plusieurs cellules géantes. Dans les ganglions, tubercules miliaires avec de nombreuses cellules géantes. Bacilles dans toutes les coupes.

Le Dr Reibeckel à Schako et le Dr Schapiro à Dunaburg firent l'examen des circonciseurs et me communiquèrent que tous les deux étaient atteints de phtisie pulmonaire. Pas de syphilis.

La succion n'avait pas été faite chez tous, mais les rabbins aiguisent leur couteau en se servant de leur salive.

En cherchant à dégager de toutes ces observations les signes les plus constants de l'ulcération tuberculeuse de la verge, nous arrivons à ce résultat, que ces caractères s'approchent de très près de l'ulcère tuberculeux de la peau en général.

Et nous pouvons prendre pour type l'ulcération décrite par Ssalisteheff. C'est un ulcère atonique remarquable par son indolence. Ses bords sont légèrement taillés à pic, irréguliers, dentelés, quelquefois amincis, présentant en d'autres endroits des épaissements nodulaires de volume et d'épaisseur variables, tantôt décollés sur une certaine étendue et formant des excavations et des ponts tégumentaires. Le fond de l'ulcère présente un aspect variable ; sa coloration, ordinairement jaune-grisâtre, est due aux détritux caséux et aux produits tuberculeux non détergés. En quelques endroits nous apercevons des nodules granuleux distincts qui, sur les parties avoisinantes de la surface de l'ulcère, deviennent pâles et flétris, et présentent une couleur légèrement grise ou bleu-rougeâtre. Sous la couche grise-pâle, atonique et granuleuse scintillent, par ci, par là, des nodules plus ou moins gros, d'une coloration jaunâtre, et les auteurs font du semis de grains jaunâtres qui se voit très souvent dans les ulcères tuberculeux, un de ses caractères fondamentaux.

La sécrétion purulente varie souvent de quantité et de nature ; la plupart du temps, elle n'a pas les caractères francs du pus ordinaire, mais présente une teinte particulière due aux dépôts tu-

berculeux qui lui ont donné naissance. Dans certains cas, comme pour celui de Ssalistcheff, l'ulcère sécrète peu, et la sécrétion est, ou tout à fait séreuse, ou séro-purulente, et recouvre par moment l'ulcère d'une couche épaisse qui, en se desséchant, forme une croûte lisse. La peau qui environne l'ulcère a une coloration violacée caractéristique, quelquefois brunâtre. Mais, disons-le de suite, le chancre tuberculeux se présente rarement avec cette netteté. Les anamnestiques sont d'un grand secours pour la détermination de la nature de l'ulcère; de même, les antécédents héréditaires et personnels du malade, l'état de ses poumons, surtout l'état de son système génito-urinaire, car comme nos observations le prouvent, le chancre tuberculeux est, dans la majorité des cas, consécutif à une tuberculose du système génito-urinaire, les traces de cicatrices pouvant être dues à d'autres tuberculoses locales antérieures; sa durée, généralement longue (datant de sept ans chez le malade que nous avons observé), sa tendance à s'accroître lentement, mais continuellement. Leur multiplicité quand elles sont secondaires, leur mode de début qui se fait très souvent par un petit bouton qui, au commencement, donne lieu à une sorte d'induration du tissu sous-jacent et qui finit par devenir purulent

et s'ouvre à l'extérieur en donnant lieu à une petite ulcération.

L'état des ganglions de la région inguinale, qui généralement augmentent de volume, se ramollissent et quelquefois s'ouvrent à l'extérieur en livrant passage à du pus caséeux, floconneux.

L'insuccès du traitement spécifique. Un dernier signe, c'est la recherche des bacilles tuberculeux sous le microscope ; mais comme, très souvent, ils ne se présentent qu'en petit nombre, cette recherche est négative et il ne reste que l'inoculation directe aux cobayes pour prouver leur présence dans l'ulcère. Malgré tous ces symptômes, dans la plupart des observations que nous avons pu recueillir, nous voyons poser un diagnostic faux au commencement, ce qui est dû évidemment à l'extrême rareté de l'affection, et l'idée de tuberculose ne vient pas à l'esprit.

Dans la tuberculose de la verge à la suite de la circoncision, la marche de la tuberculose est particulièrement intéressante à suivre comme M. Loewenstein nous montre : La plaie infectée de la circoncision ne guérit que très lentement quatre à six semaines avant que la cicatrisation se produise (qui n'est jamais complète). Il reste toujours une petite plaie, sur laquelle s'établit un

ulcère à bords rouges infiltrés, soulevés et à fond sale et purulent.

Dans quelques cas rares, toute la plaie de la circoncision se transforme peu de jours après cette opération en un ulcère. Deux ou trois semaines plus tard, les ganglions de l'aîne se mettent à enfler, ils se prennent en masse et très souvent ils se mettent à suppurer. A ce moment les enfants maigrissent, et après des souffrances de plusieurs mois ils meurent à la suite d'une tuberculisation des organes internes. Quelquefois mort à l'état aigu de méningite ou de tuberculose miliaire.

La plupart du temps l'induration sous-jacente à l'ulcère fait penser à la syphilis ; erreur presque inévitable, si comme dans le cas de Ssalistcheff, le malade avait eu la syphilis avant ; quoique chez son malade, le fond de l'ulcère avec des signes nets de détrituscaséux, la couleur bleuâtre, mais non rouge de cuivre des bords, leur mollesse relative, leur aspect creusé et le bord mal défini de l'ulcère, l'état des ganglions inguinaux, étaient plutôt contre la syphilis. Même dans quelques cas comme chez le malade de M. le professeur Fournier on rencontre cette pléiade de ganglions durs que les auteurs aiment à citer comme caractéristiques du chancre syphilitique ; et augmentent les causes d'erreur. Mais ici le traitement antisyp-

philitique prolongé est d'un grand secours pour le diagnostic. Ssalistcheff, dans son observation, pensé également à la possibilité de confondre l'ulcère tuberculeux avec un épithélioma et il en fait le diagnostic différentiel : En effet, dit-il, cet ulcère pour être pris pour un épithélioma ne présente pas assez de tuméfaction et pas assez de néoformations. Les bords de l'ulcère qui dans un épithélioma sont plus tuméfiés, infiltrés, irréguliers retournés, durs et saignant plus facilement se distinguent au contraire chez notre malade par une infiltration insignifiante et par leur mollesse, ils sont creusés et saignant peu. Le fond de l'ulcère quoique dans quelques endroits seulement, présente l'image de productions granuleuses trop distinctes et trop rapides. Le foyers de détritux caséeux qui le recouvrent se distinguent nettement de ces cônes en forme de perles, qui sont si caractéristiques de l'épithélioma. De même la part faible et tardive que prennent les ganglions à l'évolution de cette maladie, sont contre une néoformation cancéreuse.

Le diagnostic d'avec le chancre mou se fait facilement par autoinoculation.

Nous ne voulons pas pousser plus loin le diagnostic différentiel de cette affection, car nous serions peut-être forcés d'avouer que dans beaucoup

de cas, le diagnostic sûr n'est pas fait que par le microscope et les inoculations, et nous nous rappelons fort bien des paroles qu'a dites notre cher maître M. le professeur Fournier en présentant le malade dont nous rapportons l'observation, que n'y eût-il pas la longue durée de l'ulcération du malade il aurait sûrement pensé au chancre syphilitique; et de fait, la plupart des auteurs qui ont eu l'occasion de soigner un chancre tuberculeux, l'ont pris au début pour un chancre syphilitique et institué le traitement en conséquence.

Pour l'anatomie pathologique de cette affection nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer à l'examen microscopique de l'observation XI faite par M. Gastou, et qui reproduit en détail tout ce que cet examen présente d'intéressant.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le pronostic varie suivant que l'on a affaire à un chancre tuberculeux, primitif ou secondaire.

Dans le premier cas le pronostic est le même que pour les autres tuberculoses primitives. Il est bénin pour le moment, mais il nous montre que l'ennemi a déjà pénétré dans l'organisme comme par une brèche, et à tout moment le

chancre tuberculeux peut être la source d'une généralisation bacillaire. En outre nous voyons que l'ulcère tuberculeux non traité n'a aucune tendance à la répression, qu'au contraire il tend à s'accroître lentement, mais continuellement.

Dans le chancre tuberculeux secondaire, le pronostic est très grave. L'ulcération quoique l'on fasse tend à s'accroître, et nous voyons le malade succomber dans l'espace de peu de temps. Le pronostic ne tire pas sa gravité du fait de l'ulcère, mais de l'indice que la tuberculose a envahi les organes profonds, et la plupart du temps ces malades succombent à une tuberculose pulmonaire.

Chez les enfants, le chancre tuberculeux, quoique primitif, semble revêtir une gravité toute particulière qui semble due à la faible résistance que présente cet être à l'invasion rapide de toute l'économie par le bacille, et, chez eux, une intervention rapide et radicale est toute indiquée.

Heureusement qu'on a fait une campagne sévère contre cette habitude antihygiénique de la succion de la verge après la circoncision, à la suite des accidents terribles syphilitiques auxquels elle avait donné lieu. Nous voyons que c'est avec raison, après les nouveaux méfaits, peut-être moins connus, que nous venons de rapporter, et

il paraît que cette habitude commence à disparaître complètement.

Dans l'ulcération tuberculeuse primitive de la verge, le traitement diffère suivant que l'ulcération est plus ou moins étendue.

Récemment, encore, à l'occasion de la présentation du malade de MM. Wikham et Gastou à la Société de Dermatologie, nous voyons surgir dans cette société savante une discussion très instructive pour le traitement de cette affection. MM. Tennesson, Gaucher et Du Castel préconisent le traitement par la pâte de Vienne et de Canquoin, en ne touchant pas aux ganglions inguinaux. M. Julien propose l'extirpation de l'ulcère et des ganglions inguinaux. MM. Verchère et Dubreuil se contentent de la destruction chirurgicale de l'ulcère. Chez ce malade, dont nous rapportons l'observation et qui fut soigné dans le service de M. le professeur Fournier, l'ulcère fut pansé antiseptiquement et brûlé de temps en temps par le thermocautère. Il diminua sans disparaître et le malade partit avant la guérison complète. Le malade revint dans le service cette année et l'ulcère avait repris son ancienne étendue. Cette fois-ci, M. Fournier décida à intervenir chirurgicalement et, en notre présence, M. Legueux fit l'ablation complète de l'ulcère,

sans toucher aux ganglions, et dix jours après, le malade partit complètement guéri. Dans un cas semblable, nous adopterions la conduite de notre distingué maître M. Fournier ; si l'ulcère est peu étendu, le thermocautère, appliqué à plusieurs reprises, peut en arriver également à bout. L'application des caustiques, dans ces cas, nous paraît moins indiquée, car ils agissent à l'aveugle et on n'est pas sûr qu'ils n'aient pas laissé un petit noyau tuberculeux pouvant donner naissance à une nouvelle infection.

Dans le cas où l'ulcération est vaste et profonde, l'amputation partielle ou complète de la verge est indiquée, et MM. Krashe, Poncet, Ssalistcheff n'hésitaient pas à l'appliquer,

Le traitement médical et hygiénique doit occuper dans tous ces cas, une place très importante ; tous ces malades montrent un terrain favorable à la tuberculose, et tous les efforts du médecin doivent tendre à fortifier ces malades et l'huile de foie de morue ne devra pas être oublié.

Dans les chancres tuberculeux secondaires, les lésions voisines du côté des voies génito-urinaires dominent la scène pathologique et, aujourd'hui comme autrefois, le meilleur conseil que l'on puisse donner aux malades, comme traitement local, c'est, la plupart du temps, de ne rien faire.

CONCLUSIONS

Le chancre tuberculeux de la verge est très rare chez l'adulte, plus fréquent chez les enfants à la suite de la circoncision.

Chez l'adulte, il faut distinguer le chancre tuberculeux de la verge qui n'est accompagné d'aucune autre lésion tuberculeuse des organes génitaux-urinaires, et le chancre tuberculeux secondaire, qui se montre à la suite d'une tuberculose génito-urinaire avancée et qui très souvent est accompagné d'ulcérations tuberculeuses de l'urèthre.

Pour expliquer l'étiologie du chancre tuberculeux primitif, il y a deux théories : l'une mettant cet accident sur le compte d'un coït avec une femme atteinte de tuberculose des organes sexuels, l'autre lui attribuant une origine hémotogène. Dans ce cas, le bacille qui élit séjour sur la verge proviendrait d'un foyer ignoré de l'organisme où le bacille, une fois introduit, viendrait se fixer sur la verge comme en un lieu de moindre résistance.

Pour nous, tout en acceptant la possibilité de l'infection par relation sexuelle suspecte, nous pensons, en nous appuyant sur les observations

que nous avons pu recueillir, que dans la grande majorité des cas, le chancre tuberculeux de la verge naît par voie hématiche.

Chez les enfants circoncis, l'infection directe par le rabbin tuberculeux a été démontrée avec une netteté indiscutable. Si le chancre tuberculeux se montre chez un tuberculeux avec des bords violacés, soulevés, irréguliers, avec un fond recouvert de détritits caséeux, laissant voir par place un semis de grains jaunâtres et des ganglions ramollis, le diagnostic se fait facilement, si on pense à cette affection ; mais, très souvent, il se présente avec des caractères simulant, à s'y méprendre, le caractère syphilitique ; il n'y a que le microscope qui puisse permettre de faire le diagnostic sûr.

Le pronostic varie suivant que le chancre tuberculeux est secondaire ou primitif. Dans le premier cas, le pronostic est gravé ; il nous montre que l'organisme est profondément intoxiqué et la fin est prochaine par suite de la généralisation de la tuberculose. Dans le second cas, à en juger par les observations que nous présentons, le pronostic est bénin pour le moment tout en faisant des réserves pour l'avenir.

Dans le chancre tuberculeux secondaire, le traitement ne saurait être évidemment que palliatif.

Dans le second cas, la destruction rapide de l'ulcère s'impose en même temps qu'il faudra instituer un traitement fortifiant et hygiénique.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- SOLOWEITECHNICK. — Urethrschanker in Arch. für Derm. und Syphiligr., 1870, p. 1.
- SALLERON. — Mémoires sur l'affection tub. des organes gén. de l'homme, in Arch. gén. de méd., 1869, p. 191.
- HILLAIRET. — Société médicale des hôpitaux, juin 1874.
- LOOTEN. — Des scrofulides muqueuses. Thèse Paris, 1878.
- LANCEREAUX. — Tub. prim. des organes génitaux urin. in Annales des maladies des organes gén. urin., 1882.
- COLLINET. — Consid. sur la tub. des voies génitales urin. Thèse de Paris, 1883.
- DAMSCH. — Impfbarkeit der Tub. in D. Arch. f. klin. Med. 1882, page 75.
- CAYLA. — Thèse de Paris, 1885.
- VERNEUIL. — Hypothèses sur l'orig. de la tub. gén., in Gaz. hebdomadaire de médecine, 1883, p. 235.
- FERNET. — De l'inf. tub. par voie génitale, in Bull. et Mém. Société méd. des Hôpitaux, 1885, p. 420.
- SIMMONDS. — Ueber Tub. des männlichen Genitalsapparats, in D. Archiv. für klin. Med. 1885, p. 57.
- RECLUS. — Thèse de Paris, 1876.
- VETLEREN. — Ulcus tub. pénis génis in Nork. Magazin f. Laegevidenk, 1884, p. 88,
- HJELMAR HEIBERG. — Die primære Urogenitaltub. in Intern. Beitr. z. wiss. Fortschritt, 1891, p. 257.
- CLAUSS. — Ueber Tub. des Pénis. Thèse Fribourg. in Br., 1889.

- LOEWENSTEIN. — Die Impftuberk. des Préputiums. Thèse.
Kœnigsberg, 1889.
- KRASKE. — Ein Fall von Tub. des Penis in Beitr. z. path.
An. 1891, p. 204.
- SSALISTCHEFF. — Tub. des Penis in Beitr. zu path. Anat
vol. XV, p. 375.
- VALLIN. — De l'inf. tub. par la voie génitale in Bull. et Mém.
de la Société médicale des hôpitaux, 1885.
- GUYON. — Leçons cliniques sur les mal. des voies urinaires
prof. à l'hôpital Necker.
- LINDMANN. — Tub. du prépuce in D. med. Wochen, 1883,
N. 30.
- LEHMANN. — Dix cas de tub. du prépuce in D. med. Wochen
1886, N. 9-13.
- ELSENBERG. — Cas de tub. inoc. du prépuce in Berl. klin.
Wochen, 1886, p. 58.
- MEYER. — Ein Fall von Impftub. in im Baumgartens Jahres-
berichte, 1887, p. 184.
- HOFMOKL. — Tub. du prépuce in Wiener med. Presse, 1886,
N. 22 et 23.
- BARBET. — Tuberc. de la verge. Thèse de Lyon, 1893.
- MALÉCOT. — Tuberc. de la verge in Annales des malades des
organes génitaux urin., 1893, p. 838.

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,

FOURNIER

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

